

¿Como es el procedimiento de Certificación? Paso a Paso



SGN-C048-F23



GOBERNACIÓN DEL HUILA
Luis Enrique Dussán López
GOBERNADOR



1

La Persona con Discapacidad solicita una consulta con el profesional tratante de la Red de Prestación de Servicios de la **EPS** a la que se Encuentra Afiliado



© CanStockPhoto.com - csp52784715

1

Qué se espera de la Consulta con el Profesional Tratante de la Red de Prestación de Servicios de la **EPS**

- El médico entregará a la Persona con discapacidad, copia de la historia clínica con el (o los) diagnóstico(s) **CIE-10** relacionado(s) con la Discapacidad.
- Si es necesario, entregará copia de los exámenes de diagnóstico y conceptos médicos y de los profesionales relacionados con el Diagnóstico.
- El médico determinará los Apoyos y Ajustes Razonables requeridos por la Persona con Discapacidad en el momento de la Valoración con el Equipo Multidisciplinario.
- El Médico Tratante determinará si la Persona requiere atención Institucional o domiciliaria, de acuerdo con la condición de salud.



2

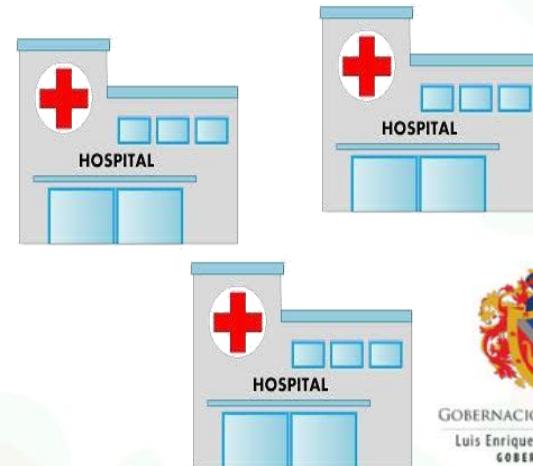


La Persona con Discapacidad solicita la autorización para la Valoración con el Equipo Multidisciplinario ante la Secretaría de Salud Municipal

IPS con cumplimiento de criterios para Certificar

2

- La **Secretaría de Salud municipal** verificará que la **Historia Clínica** contenga la información necesaria para la valoración por el **Equipo Multidisciplinario**
- Indicará la Red de **IPS** por ella autorizada y los Datos de Contacto para la Asignación de Citas.
- **Expedirá la Orden para la realización del referido procedimiento, dentro de los Cinco (5) días hábiles siguientes a la solicitud.**



GOBERNACIÓN DEL HUILA
Luis Enrique Dussán López
GOBERNADOR



3

Asignación de cita por parte de la IPS

- Las IPS dispondrán de mecanismos no presenciales para la asignación de citas.
- Deberán asignar en un plazo máximo de diez (10) días hábiles, posteriores a la solicitud.



La IPS Autorizada, gestionará lo necesario para que, en la consulta con el Equipo Multidisciplinario de Salud, se cuente con los Apoyos y Ajustes Razonables que haya establecido el Médico Tratante, teniendo en cuenta la información específica aportada en la orden de que trata el artículo anterior

4

JULIO
Fisioterapeuta

LAURA
Terapeuta
Ocupacional

MANUEL
Médico



**VALORACION POR EL
EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO EN
LA IPS AUTORIZADA**



SOLICITANTE

**EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO**



Si la Persona con Discapacidad se encuentra inconforme con los resultados del proceso de Certificación y Registro

Solicitud de una **segunda opinión**.

- ➔ En caso de desacuerdo con el resultado, la Persona con Discapacidad podrá solicitar una segunda opinión **dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la realización de la valoración clínica** multidisciplinaria.
- ➔ La **secretaría de salud** municipal, **expedirá orden** para realizar un nuevo procedimiento de certificación de discapacidad, con un equipo multidisciplinario diferente.
- ➔ El **resultado de este último procedimiento**, será el que se incluya en el RLCPD.

Certificado de Discapacidad

Documento Personal e Intransferible que se entrega después de la Valoración Clínica Multidisciplinaria en los casos en los que se identifique la existencia de **DISCAPACIDAD**

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD																			
a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE																			
1.1. Primer nombre DAVID	2. Segundo nombre FERNANDO	1.3. Primer apellido PEREZ	1.4. Segundo apellido GARCIA																
1.5. Documento identidad RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Numero: 12.345.678																			
b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN																			
2.1. IPS donde se realiza la certificación ESE TIERRA DE PAZ		2.2. Fecha 2 0 1 8 1 0 2 5																	
2.3. Departamento POLICARPA	2.4. Municipio TIERRA DE PAZ																		
c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD		d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO																	
1. Física	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>																	
2. Visual	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>																	
3. Auditiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>																	
4. Intelectual	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>																	
5. Mental	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>																	
6. SordoCiego	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>																	
7. Múltiple	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dominio</th> <th>Puntaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Cognición</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2. Movilidad</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>3. Cuidado Personal</td> <td>31,25%</td> </tr> <tr> <td>4. Relaciones</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>5. Actividades de la vida diaria</td> <td>31,25%</td> </tr> <tr> <td>6. Participación</td> <td>46,87</td> </tr> <tr> <td>7. Global</td> <td>29,06%</td> </tr> </tbody> </table>		Dominio	Puntaje	1. Cognición	0%	2. Movilidad	60%	3. Cuidado Personal	31,25%	4. Relaciones	5%	5. Actividades de la vida diaria	31,25%	6. Participación	46,87	7. Global	29,06%
Dominio	Puntaje																		
1. Cognición	0%																		
2. Movilidad	60%																		
3. Cuidado Personal	31,25%																		
4. Relaciones	5%																		
5. Actividades de la vida diaria	31,25%																		
6. Participación	46,87																		
7. Global	29,06%																		
e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO																			
1. Codigos Funciones Corporales b 7 7 0 . 3		1. Codigos Funciones Corporales b 7 3 5 . 2																	
2. Codigos Estructuras Corporales s 1 1 0 0 . 1 7 3		2. Codigos Estructuras Corporales s																	
3. Codigos Actividades y Participación d 4 5 0 1 . 3		3. Codigos Actividades y Participación d 4 6 0 2 . 3																	
		d 8 5 0 . 2																	
f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD																			
<i>Manuel Pérez</i> Médico		193243																	
Nombre y firma	Profesión	T.P.																	
<i>JULIETA Henao</i>		Fisioterapeuta 2028276																	
Nombre y firma	Profesión	T.P.																	
<i>Laura Guaqueza T</i>		Ocupacional 272564																	
Nombre y firma	Profesión	T.P.																	
g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL																			
Yo, <i>David Pérez</i>		si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																	
manifiesto que:																			
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.																			
Nombre y firma		Numero de Documento																	
Autorizo el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula																			
		si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																	

Restricciones en el uso del procedimiento de Certificación de Discapacidad

El procedimiento de Certificación de Discapacidad **no se empleará como medio para:**

- Reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales.
- Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional

